Psychiatrische Universitätsklinik Basel
(Direktor: Professor Dr. med. P. Kielholz)

DIE ROLLE SEELISCHER FAKTOREN BEI FRIGIDITÄT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

LOUIS LAMBELET
von Basel und Les Verrières NE

1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546021_0056

Psychiatrische Universitätsklinik Basel
(Direktor: Professor Dr. med. P. Kielholz)

DIE ROLLE SEELISCHER FAKTOREN BEI FRIGIDITÄT

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

LOUIS LAMBELET
von Basel und Les Verrières NE

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt
auf Antrag von Professor Dr. med. P. Kielholz

Tag der Promotion: 6. Juli 1962

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

Psychiatrische Universitätsklinik Basel
(Direktor: Professor Dr. med. P. Kielholz)

DIE ROLLE SEELISCHER FAKTOREN BEI FRIGIDITAET

VORBEMERKUNGEN

Um das Problem der Frigidität zu beurteilen, müssen wir zunächst die gesamte Sexualität in ihren verschiedenen Bezugsebenen einer Betrachtung unterziehen. Es ergeben sich folgende Gesichtspunkte:

a) Das Substanzielle: "Wo" sich die Sexualität abspielt.
Durch körperliche Untersuchungen verifizierbar.

b) Das Verhalten (Behaviourismus): "Wie" sich die Sexualität abspielt.
Sachliche Beschreibung, wie sich Mann und Frau auf dem Gebiet der Sexualität verhalten, z.B. durch KINSEY.

c) Das Erleben und die Bedeutung des mitmenschlichen Kontaktes: "Was" bei der Sexualität vor sich geht.
Diese Faktoren sind vor allem abhängig von den individuellen Eigenschaften der Persönlichkeit, ihrer Lebensgeschichte sowie von der soziologischen, kulturellen und religiösen Einstellung ihrer Umgebung.

d) Die Sinnfrage: "Wozu" und "warum" eine Sexualität vorhanden ist.
Reflektierendes, anthropologisches Erforschen und Fragen, das am besten durch ein Zitat von GEBSATTEL charakterisiert wird: "Das Geheimnis der Sexualität will nicht erkannt und nicht definiert werden, es will in jedem Liebespaar neu gelebt werden".

Aus dieser Betrachtungsweise heraus sehen wir, wie naturwissenschaftlich präzis erfaßbare Tatsachen mit seelisch-geistigen Problemen eng verflochten sind. Die Verschiedenheit und Vielschichtigkeit der Problematik erschwert zwar den Untersuchungsgang und droht zuweilen die Zusammenhänge zu verwischen, doch liegt sie in der Natur des Menschen begründet.

Das gestellte Thema läßt sich daher nur unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte verstehen, die wir zu einem einheitlichen Ganzen zusammenzufügen versuchen. Unsere multifaktorielle Auffassung des Problems steht im Gegensatz zu den meisten Forschern, welche einen Teilaspekt der Frigidität (z. B. Hormone, Konstitution, Liebesfähigkeit) verabsolutieren.
Erschwerend kommt hinzu, daß das verstehend-einfühlende, die Sinnzusammenhänge aufdeckende Denken der Psychotherapie dem auf Trennung und Absonderung zielenden, diakritisch-kausalen Denken der Naturwissenschaften, wie sie diagnostische Typisierung und Abgrenzung erfordert, entgegengesetzt ist. Der Naturwissenschaftler sieht den Menschen in seiner Durchschnittlichkeit und Norm, der Psychiater in seiner Einmaligund Eigentümlichkeit.

Die Aufmerksamkeit und Bedeutung, welche heute dem Problem der Frigidität zugemessen wird, ist weitgehend aus den Tendenzen unserer heutigen Kultur und ihrer Sozietät zu verstehen. Diese stellt Anspruch auf sexuelle Lusterfüllung und betrachtet die frigide Frau häufig als minderwertig.

I. DIE FRAGESTELLUNG ZU UNSERER UNTERSUCHUNG

An Hand der Literatur soll zunächst eine Übersicht über den Begriff der Frigidität sowie über ihre Aetiologie gegeben werden. Vor allem aber soll in dieser Arbeit auf das Problem der seelischen Einflüsse auf die Frigidität eingegangen werden. Basierend auf unseren teilweise tiefenpsychologisch orientierten Untersuchungen versuchen wir namentlich zu eruieren, ob sich bei frigiden Frauen Ähnlichkeiten zeigen inbezug auf ihre Persön-

lichkeitsstruktur, ihre Verhaltensweise, ihre Erlebnisse und Konfliktsituationen.

II. DER UNTERSUCHUNGSGANG

Wir untersuchten 21 Patientinnen, welche alle vorgängig einen Gynäkologen konsultiert hatten. Von diesen wurden uns 19 vom Frauenarzt zugewiesen, den sie wegen Dysmenorrhoe, Fluor, Kohabitationsbeschwerden und sekundärer Frigidität aufgesucht hatten. Die restlichen 2 Patientinnen konsultierten direkt unsere psychiatrische Poliklinik.

Mehrere zur Untersuchung überwiesene Frauen erschienen nicht zur festgesetzten Stunde. Sie fühlten sich offenbar weder psychisch krank noch behandlungsbedürftig. Auch die anderen Patientinnen zeigten oft eine gewisse Skepsis der psychiatrischen Untersuchung gegenüber.

Für unsere Untersuchung kamen nur Frauen in Betracht, die seit mindestens einem Jahr regelmäßige Beziehungen zu einem Mann unterhielten, da zur Erlangung der Befriedigung eine gewisse Erfahrung notwendig ist. (Nach KINSEY haben 50 % der verheirateten Frauen innerhalb des ersten Ehemonats, 75 % nach einem Jahr und 83 % nach 5 Jahren einen Orgasmus erlebt.)

Mit unseren Patientinnen führten wir zwei ca. 90 Minuten dauernde Gespräche durch und ergänzten unsere Untersuchungsbefunde wenn möglich durch psychodiagnostische Testuntersuchungen (Rorschach- und Szondi-Test); eine präzise und umfassende Exploration ist für die Beurteilung der Schwere und damit der Prognose eines Falles von besonderer Bedeutung.

Die Exploration über die Intimsphäre erwies sich vor allem bei denjenigen Patientinnen als schwierig und heikel, die wegen somatischer Beschwerden in ärztliche Behandlung getreten waren; verständlicherweise äußerten sich diese nur selten spontan über dieses Thema. Aus diesem Grunde versuchten wir, unseren Patientinnen Sinn und Notwendigkeit solchen Fragens zu erklären. Es sei darauf hingewiesen, daß vor allem bei Neurotikerinnen

die Problematik der Intimsphäre spontan von der Patientin angeschnitten werden sollte und eine ärztliche Befragung, wie in unserem Fall, erst am Ende eines Gespräches indiziert ist. Dabei erhielten wir im allgemeinen nur mit direktem Befragen verwertbare und offene Antworten (vgl. FRIEDEBURG). Am besten bewährte sich das anfängliche Besprechen von körperlichen, vor allem vegetativen Beschwerden, da wir damit die gespannte Erwartungshaltung der Patientin neutralisierten. Offenes, unbefangenes und sachliches Explorieren sowie völlig wertungsfreies, nicht moralisierendes Zuhören-können waren die Voraussetzungen zu unseren Erhebungen. Zu vermeiden ist vor allem das sachliche "Abfragen" eines Anamneseschemas. Dadurch würde eine spätere fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient gefährdet.

Das Erheben der Anamnese, insbesondere über sexuelle Fragen, ist eine nur teilweise erlernbare Kunst. Auf der einen Seite stehen die Intuition, das Kontakt- und Einfühlungsvermögen, auf der andern die Sicherheit und das Wissen um die zu erfragende Materie und deren Problematik.

Da wir unsere Krankheitsfälle aus Platzmangel nur kurz zusammengefaßt publizieren können, fügen wir unser Anamneseschema in aller Ausführlichkeit hinzu. Nur im Falle von Abweichungen haben wir auf dieses Bezug genommen.

Neben dem Erkennen aetiologischer Faktoren stand der Versuch der Beurteilung des Erlebens und der Reaktionsweise unserer Patientinnen im Vordergrund. Bei allen Fragen ist deshalb immer darauf zu achten, daß der Bedeutungsgehalt eines Geschehens und dessen Stellenwert im Leben des Kranken die zentrale Rolle spielt (so zum Beispiel das Verhältnis zur Onanie, zu Stupren und zum ersten Coitus). Auch ist es nicht von entscheidender Bedeutung, ob jemand aufgeklärt wurde oder nicht; wichtig ist es dagegen, w i e eine Aufklärung erfolgte und ob diese erwartet wurde.

Unser Anamneseschema und die Untersuchung gestalteten sich wie folgt:

I. ÜBERWEISUNGSGRUND

a) Wegen welcher Symptome suchte die Patientin den Gynaekologen auf?

b) Darstellung dieser Symptomatik

c) Beurteilung des subjektiven Leidensdruckes, der durch die Symptomatik besteht

(Eine wesentliche Frage ist diejenige des Leidensdruckes, weil sie über die Bedeutung, welche die Patientin dem Symptom der Frigidität zumißt, Aufschluß gibt.)

II. KURZE FAMILIENANAMNESE UND HEREDITÄT

III. a) Genitalstatus und Prüfung der sekundären Geschlechtsmerkmale durch den Gynaekologen

b) Genitalentwicklung

Menarche
Menstruation
Begleitsymptome (Stärke, Dauer, Regelmäßigkeit, Schmerzhaftigkeit, Zwischenblutungen)
Fluor
Kreuzschmerzen
Praemenstruelles Syndrom
Pelipathie
Aborte
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Kind erwünscht? Beschwerden während der Schwangerschaft, Angst vor Geburten, Geburtsverlauf)

(Fragen zur sexuellen Entwicklung siehe Abschnitt VII)

IV. KÖRPERLICHE STÖRUNGEN

a) Frühere und jetzige Krankheiten und evtl. damit verbundene Operationen

b) Vegetative Symptomatik (nach KLEINSORGE und KLUMBIES sind vor allem Obstipation, Dysmenorrhoe, Fluor und Pollakisurie mit Frigidität verbunden)

c) Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenabusus

V. LEBENSALTER UND KONSTITUTION

VI. LEBENSLAUF (äußere und innere Biographie)

Auf die Darstellung einer eingehenden tiefenpsychologischen Anamnese müssen wir aus Platzgründen verzichten. Anamnese-Schemata, die tiefenpsychologische Gesichtspunkte berücksichtigen, finden sich bei J.H. SCHULTZ und H. SCHULTZ-HENCKE. Eine mikropsychologische Anamnesenerhebung erscheint uns jedenfalls für die Beurteilung der seelischen Problematik unerläßlich.

Folgende Punkte erachteten wir als besonders wichtig:

a) Frühkindliche Entwicklung (vor allem Reinlichkeitserziehung) und Störungen in jenem Alter (Ess- und Sprachstörungen, Enuresis etc.)

b) Beziehung zu den Eltern und Geschwistern:

Verhältnis zum Vater resp. zur Mutter (gefürchtet, gehaßt, geliebt, wurden Zärtlichkeiten geduldet? etc.)

Waren sie: kalt, hartherzig, jähzornig, aufbrausend, nachsichtig, liebevoll, gütig, zärtlich, inkonsequent in ihrem Verhalten?

Bevorzugte die Patientin das männliche Geschlecht?
(Hätte sie ein Knabe sein sollen?)

Was schätzte Vater resp. Mutter für Eigenschaften?

Was galt für sie als erstrebenswert und ideal?

Wie war die Ehe der Eltern? (Treue, Streitigkeiten)

War die Mutter berufstätig?

Wie reagierte die Patientin auf Geschwistergeburten?

Stellung innerhalb der Geschwisterreihe?

Wurden andere Geschwister durch die Eltern bevorzugt?

VII. SEXUELLE ENTWICKLUNG UND SEXUELLES VERHALTEN

Erste sexuelle Gefühle und Erlebnisse?

Stupren? Andere Traumata? (Das einzelne Trauma, auch ein Stuprum, scheint im allgemeinen keine aetiologische Rolle zu spielen. Ob es sich verhängnisvoll auswirken kann, ist von der praeformierten, inneren Persönlichkeitsstruktur und vom Milieu (vor allem von den Eltern) abhängig. Wenn diese nicht vorgeschädigt oder abnorm sind, wird im allgemeinen das Trauma verarbeitet. Sich wiederholende oder sehr krasse Traumata werden sich dagegen ungünstig auswirken und eine Therapie evtl. verunmöglichen.)

Beziehung der Eltern zur Sexualität?

Wie erlebte die Patientin das Auftreten der sekundären Geschlechtsmerkmale? Wie ihre Pubertät?

Beziehung zum eigenen Geschlecht?

Onanie? Seit wann? Wie erlernt? Wie durchgeführt? Phantasien? Mutuell? Immer mit Orgasmus? Stärke der dabei aufgetretenen Angst oder Schuldgefühle?

Aufklärung: Durch wen? In welchem Alter? Worüber?

Erste sexuelle Erlebnisse mit dem Fremdgeschlecht?

Wann erstmals Coitus? Wie? Wann erstmals mit Orgasmus? Erwartungsangst vor dem ersten Coitus? Ehelich oder außerehelich? Wie erlebt? (Die Art des Orgasmus in coitu, seine Auslösung und Häufigkeit, seine Abhängigkeit vom Zyklus, Alter, Partner waren für uns weniger wichtig.)

Satisfaktion beim Coitus?
Schmerzen beim Coitus?
Zustand nach dem Coitus?
Zeichnenlassen der Erregungskurve (nach E. KEHRER +))
Kinderwunsch? Graviditätsfurcht?
Verhütungsart?

VIII. SEXUALTRIEB

a) quantitativ: Alibidimie bis Hyperlibidimie

b) qualitativ: vor allem inbezug auf homosexuelle Tendenzen

IX. PSYCHOSTATUS

Hier interessierten uns vor allem

a) die Intelligenz,

b) die Selbstsicherheit und das Selbstwertgefühl,

c) die Affektivität und die Kontaktfähigkeit,

d) die Beziehung zur Religion, die moralisch-ethische Einstellung zum Leben, die Gewissenhaftigkeit,

e) Träume (Die von BEYME bei frigiden Frauen beschriebenen typischen Verfolgungs- und Angstträume ohne nachfolgende Lysis fanden sich nicht bei allen Patientinnen. Dies kann jedoch nicht als Einwand gelten, weil man erst bei längerer Betreuung Traummaterial verwerten kann.)

+) Man zeichnet auf ein leeres Blatt eine leicht ansteigende und gewellte Linie von ca. 2 - 3 cm und bittet die Patientin, diese weiterzuführen. Die Patientin soll dabei den Verlauf der Spannung beim Geschlechtsverkehr auftragen.

X. STELLUNG ZUR EIGENEN WEIBLICHKEIT UND LIEBESFÄHIGKEIT DER PATIENTIN

Stellung dazu in ihrer Kindheit?

Stellung dazu in ihrer heutigen Situation: als Frau,
als Mutter,
in der Ehe?

Psychische Eigenschaften, die für die Liebesfähigkeit oder das Sexualverhalten wichtig sind:
Hingabefähigkeit?
Passivität? Masochismus? Narzissmus?
Aggressivität - Sadismus?
Geltungstendenzen? (vor allem intellektuell sein wollen)
Trennung von Zärtlichkeit und Sexualität?
Bejahung der leiblichen Lust? (oder wird diese als "tierisch" erlebt?)

XI. STELLUNG ZUM PARTNER

Auf die Bedeutung des Partners legen viele Autoren großes Gewicht.
KINSEY spricht von "man made situation".
LA BRUYÈRE: "Une femme insensible est celle qui n'a pas encore vu celui qu'elle doit aimer".
GIESE: "Es spricht vieles dafür, daß die Entfaltung der weiblichen sexuellen Funktionen maßgeblich von den Bedingungen des Partners abhängig ist".
Diese Ansichten sollen uns aber nicht dazu verleiten, unsern Patientinnen andere Partner zu empfehlen oder nur bei diesem die Schuld zu suchen!
Auch sollte sich die eigene Befriedigung nicht von der Befriedigung des andern trennen. Sexuelle Lust ist in der Partnerschaft im Idealfall immer eine bipolare funktionelle Einheit (Wir-Bildung).

Liebesehe? Mußehe?
Wer dominiert in der Ehe?
Was wurde in der Ehe erwartet?
Was hat sich davon realisiert?
Was für Kritik wird am Partner geübt? (Was ärgert, macht mißgelaunt, erregt Ekel oder Wut?) (Patientin aussprechen lassen)
Positive Eigenschaften des Partners?
Fühlt sie sich beim Partner geborgen?
Hat sie Vertrauen zu ihm?
Ist der Partner schuld an der Frigidität (grobes, forsches, unsicheres oder fehlerhaftes Verhalten beim Verkehr, Impotenz, Ejaculatio praecox?)

Der Begriff der Frigidität

a) Definition der Frigidität

Von den meisten heutigen Autoren wird Frigidität synonym mit Dyspareunie und Anhedonie, häufig auch mit Anorgasmie verwendet. Früher und zum Teil noch heute wurden diese Begriffe voneinander abgegrenzt, wobei die Autoren aber immer eigene, voneinander abweichende Definitionen gaben.

Der Ausdruck "natura frigida" soll nach KRAFFT-EBING von PAOLO ZACCHIA stammen, der ihn im 17. Jahrhundert eingeführt hat.

Definitionen aus der Literatur:

ROHLEDER unterscheidet: a) Alibidimie (= Anaesthesia sexualis = Anaphrodisie)
b) Frigidität (Anaesthesia sexualis partialis = mangelndes Wohllustempfinden bei schwacher Libido oder Temperamentdefekt)
c) Dyspareunie (= mangelnde Wohllustempfindung bei normaler Libido)

KEHRER: Ausbleibender synchroner Orgasmus beider Partner

MATUSSEK: Wenn das von der Natur gegebene Höchstmaß an Entspannung und Befriedigung, was nur im vaginalen Orgasmus der Fall sein kann, nicht erreicht wird.

HITSCHMANN und BERGLER (sowie andere psychoanalytische Autoren: DEUTSCH, BONAPARTE, BENEDEK, MENNINGER, SADGER etc.):
Es ist unbedeutend, ob die Frau während des Verkehrs erregt oder kalt ist, ob die Erregung schwach oder stark ist, ob sie am Anfang oder Ende des Verkehrs, allmählich oder plötzlich abbricht; das einzige Kriterium der Frigidität ist das Fehlen des vaginalen Orgasmus.

STOURZH: Es gibt Störungen der
a) Libido
b) inbezug auf den Orgasmus.
Das Wort Frigidität sollte nicht gebraucht werden, sondern nur der präzise Ausdruck Anorgasmie. Alle Frauen, die beim Coitus keinen Orgasmus erreichen, sind nach STOURZH frigid.

Allgemeiner formuliert wird die Problematik bei:

KINSEY: "Wir schätzen den Ausdruck Frigidität nicht, denn er beinhaltet gleichzeitig einen fehlenden Willen oder eine Unfähigkeit zur Ausübung der sexuellen Funktionen. Es ist zweifelhaft, ob es je ein Fehlen der sexuellen Potenz gibt, obgleich die einzelnen Frauen in ihrer Ansprechbarkeit Unterschiede aufweisen. Generell sind alle Frauen zum Orgasmus zu bringen, wenn die Hemmungen und Blockierungen beseitigt sind!"

GIESE: Er ist wie KINSEY der Ansicht, daß es koitale Beziehungen von erheblicher Befriedigung gibt, die nicht zum Orgasmus führen. "Die Sexualität darf sich nicht allein am Indikator des Orgasmus orientieren. Es ist die Fülle der sexuellen Möglichkeiten, welche das Geschlechtsleben in Spannung hält. Die Anorgasmie ist also nicht immer eine Frigidität!"
"Die Frigidität ist ein Syndrom, aber auch ein Ausdruck der Geistigkeit menschlicher Natur und darum sehr niveauabhängig. Das Verhalten des Einzelnen kommt darin zur Sprache. Das Verfehlen der Satisfaktion kann aber der Situation gegenüber angemessen sein oder nicht. Es gilt also die Situation auch daraufhin zu prüfen. Daraus folgt, daß nur im Einzelfall von Frigidität gesprochen werden kann. Beim Mann äußert sich die Frigidität vor allem im Bereich des aesthetisch-erotischen Erlebens, bei der Frau im Bereich der sexuellen Funktion."
(Beispiel: Der Homosexuelle hat beim Coitus mit der Frau intakte Funktionen mit Orgasmus, aber keine Satisfaktion. Die Homosexuelle dagegen hat beim Verkehr mit dem Mann weder Satisfaktion noch Orgasmus.)
Im Zentrum steht also die Korrelation zwischen Frigidität und innerer Haltung. Frigidität orientiert also über den Rang und den Erlebniswert des betreffenden sexuellen Aktes in der Biographie des Einzelnen.
Sie äußert sich in drei Möglichkeiten:
a) in der funktionellen Störung
b) in einer Störung der Wir-Bildung (Liebesfähigkeits- und Kontaktstörung)
c) in der Störung der Triebrichtung (vor allem Homosexualität)."

b) Definition des Orgasmus

Hier wird der Gegensatz zwischen den Naturwissenschaftlern, welche ein objektivierbares und meßbares körperliches Geschehen definieren, und den anthropologisch-philosophisch orientierten Untersuchern noch deutlicher faßbar. Als Zoologe z. B. KINSEY: "Die plötzliche Entladung neuromuskulärer Entspannung auf dem Höhepunkt der sexuellen Reaktion." Als Mediziner z. B. FISHER: "Die höchste sexuelle Erregung im Augenblick der Lösung der Sexualspannung mit nachfolgender befriedigender Entspannung." Als Anthropologe z. B. SZONDI: "Die Wiederherstellung der ursprünglichen Bisexualität des Menschen." Nach vielen Autoren geht der Orgasmus auch bei der Frau mit körperlichen Erscheinungen einher, nämlich einer Relaxation des Muttermundes, einer Auflösung des Kristeller'schen Schleim-

pfropfes und einer starken Beckenneigung mit Vaginalkontraktionen. Bei beiden Geschlechtern kommt es zu einer Veränderung des Blutdruckes, Pulses, Zirkulation, der Atmung etc. Es ist begreiflich, daß der biologisch orientierte Mediziner bei solchen Befunden als Maßstab für die Frigidität lieber den Orgasmus wählt.

Zum Problem des vaginalen und clitoridalen Orgasmus läßt sich folgendes sagen:

Die von den oben erwähnten Psychoanalytikern publizierten astronomisch hohen Zahlen von bis zu 90 % Frigiden sind darauf zurückzuführen, daß sie nur den vaginalen Orgasmus als befriedigend anerkennen.

Auf diese Ansichten und die dafür meist nicht stichhaltigen Argumente können wir hier nicht eingehen. Wir erachten aber die Befriedigung auch bei clitoridalem Orgasmus als völlig adäquat. Wir glauben, daß solche Hypothesen sogar Schaden anrichten können; sie sind eine zu einseitige Normierung.

c) Unsere Stellungnahme

Die Anorgasmie ist zwar ein präziserer Begriff als die Frigidität, gibt aber auch nur einen Teilausschnitt des Problems wieder. Es gibt Orgasmus ohne Befriedigung und Befriedigung beim Verkehr ohne Orgasmus. Das Problem der Satisfaktion wird beim Wort Anorgasmie nicht berücksichtigt, steht aber nach unserer Meinung im Mittelpunkt der Problematik. Wesentlich ist doch, ob die Frau beim Verkehr Befriedigung empfindet! Im allgemeinen, da stimmen wir mit STOURZH völlig überein, wird diese Befriedigung mit Orgasmus einhergehen, sie muß es aber nicht. Es schein uns deshalb einfacher, wenn wir nur diejenigen Frauen als frigid bezeichnen, welche während und nach dem Coitus unbefriedigt sind. Zu dieser Definition müßte man dann hinzufügen, ob die Befriedigung mit Orgasmus einhergeht oder nicht.

Man wird gegen diese Definition mit Recht einwenden, daß die subjektive Empfindungsfähigkeit variabel und unzuverlässig ist und daß zwischen

subjektivem Erleben und objektiv registrierbarer Funktion ein großer Unterschied bestehen kann. Immerhin kann zur Prüfung des Erlebnisses die Kurve nach KEHRER aufgezeichnet werden sowie der psychische und physische Zustand nach dem Coitus als Maßstab herangezogen werden. Objektivierbare Kriterien können aber nie ein alleiniger Maßstab für das Erlebnis sein.

d) Formen der Frigidität

Die in der Folge dargestellte Unterteilung der Frigidität in verschiedenen Formen ist problematisch; vor allem ist zu beachten, daß vielfach laufende Übergänge zwischen den einzelnen Gruppen möglich sind.

1. Die primäre Frigidität ist die Frigidität von Frauen, die in ihrem bisherigen Leben noch nie einen befriedigenden Coitus erlebt haben.
   Die Frigidität kann unterteilt werden in:
   Totale F.: völlige Empfindungslosigkeit oder gar Abscheu- und Ekelgefühle beim Verkehr (evtl. einhergehend mit Vaginismus, Kohabitationsschmerzen etc.) und
   partielle F.: Trotz gewisser Erregung und Befriedigung keine völlige Satisfactio: Als Stärkegrade werden angegeben:
   Erregung bei Zärtlichkeiten
   Erregung bei Betasten der erogenen Zonen
   Erregung bis zur Immissio
   Erregung bis kurz vor dem Orgasmus.
   Diese quantitative Unterteilung gibt weder aetiologische noch therapeutische Anhaltspunkte.

2. Die sekundäre Frigidität (Pseudo-F.) ist die Frigidität von Frauen, die früher beim Verkehr volle Befriedigung empfunden haben. Diese Form der Frigidität beruht häufig auf situationsbedingten und der Frau größtenteils bewußten Faktoren, wie z. B. Konzeptions- und Sterilitätsfurcht, Untreue, ungünstigen Wohnverhältnissen, Übermüdung usw.

Mit dem Problem der sekundären Frigidität werden sich vor allem Hausärzte und Gynaekologen auseinandersetzen müssen. Die davon betroffenen Patientinnen leiden meistens unter ihrem Symptom, da sie früher einen befriedigenden Geschlechtsverkehr erlebt haben. In vielen Ehen verliert im Laufe der Zeit durch gemeinsame Sorgen die Sexualität an Bedeutung, wobei sich eine Frigidität entwickelt. In diesem Falle berichten Patientinnen häufig, daß sie mit einem Freund, mit dem sie die Alltagssorgen nicht zu teilen gezwungen sind, volle Erlebnisfähigkeit zeigen.

3. Die symptomatische Frigidität. Als Folge von körperlichen oder seelischen Erkrankungen wird sie je nach Lebensalter und bisherigen sexuellen Erfahrungen zur primären oder sekundären Frigidität zu rechnen sein (siehe unten).

e) Der Geschlechtstrieb

Der Geschlechtstrieb (z. T. als Libido bezeichnet) wird von den meisten Autoren unterteilt in:
den Kontrektationstrieb: Drang nach körperlichem und evtl. auch geistigem Kontakt,
und den Detumeszenztrieb: Der vom Körper ausgehende Drang zur Abreaktion und Entspannung. Leibliches und Seelisches kann sich auch hier vermischen. Der Detumeszenztrieb kann auch isoliert vorkommen (z. B. bei der Onanie).

Der Geschlechtstrieb weist große individuelle Schwankungen auf. Man unterscheidet verschiedene Stärkegrade:
Alibidimie: Fehlen des Geschlechtstriebes(nur bei ca. 1 % vorkommend und oft organisch bedingt). Sie führt immer zu Frigidität (KAFKA, KRONFELD).
Hypolibidimie ("Triebschwäche"), kann häufig mit Frigidität verbunden sein. Vorkommen bei ca. 10 % (nach KLEINSORGE tritt die Menarche bei Triebschwachen häufig später ein. Auch sollen vegetative Störungen und Konstitutionsanomalien häufiger vorkommen).

Hyperlibidimie (übermäßig starker Geschlechtstrieb). Die Libido ist weitgehend auch von seelischen Einflüssen abhängig; neben der primären, d.h. angeborenen Steigerung des Geschlechtstriebes ist eine solche auch sekundär möglich als Folge von:
Übermäßigem Geltungsstreben
Genußsucht und Erlebnishunger
Vergessen wollen, Trost suchen
Selbstunsicherheit (kompensatorisches "sich beweisen wollen") etc.

f) Unterschiede in der Libido von Frau und Mann

Vor allem am Ende des letzten Jahrhunderts herrschte die Ansicht vor, die Frau besitze einen schwächeren, weniger ausgeprägten Sexualtrieb als der Mann, falls sie überhaupt einen habe! (LOMBROSO, MOLL, KRAFFT-EBING, ACTON, LÖWENFELD, ADLER, FÜRBRINGER, aber auch schon HIPPOKRATES, PLATON etc.). So erklärte FEHLING, ehemaliger Ordinarius für Gynaekologie an der Universität Basel, in seiner Rektoratsrede im Jahre 1891: "Es ist eine ganz falsche Idee, daß die junge Frau einen ebenso starken Trieb zum anderen Geschlecht hat wie der Mann. Das Hervortreten des sexuellen Elementes in der Liebe eines jungen Mädchens ist etwas Pathologisches... Die Hälfte aller Frauen ist sexuell unerregbar...". +) ROHLEDER meinte im Gegensatz dazu (1913): "Nicht in der Stärke, sondern in Art und Weise variiert der Geschlechtstrieb bei den Geschlechtern".

Diese Meinung wird im allgemeinen auch heute noch für richtig gehalten. Als Hauptunterschiede zwischen Mann und Frau erwähnen wir folgende:

1. Orgasmie stimmt bei der Frau häufiger mit Satisfaktion überein als beim Manne. Dies bedeutet, daß die funktionelle Potenz der Frau Ausdruck eines ungestörten Erlebens und einer seelischen Harmonie ist; eine Beeinträchtigung ihrer Erlebnisfähigkeit führt umgekehrt viel rascher zu funktionellen Störungen, insbesondere zu Frigidität. Dieses Erleben, als Ausdruck einer

---

+) Auch die entgegengesetzte Meinung wird vertreten, vor allem bei den Dichtern. Nach HESIOD ist die Geschlechtslust des Weibes zehnmal gewaltiger als diejenige des Mannes; ein indisches Märchen erzählt von einem König, der in eine Frau verwandelt wurde und sich nachher aus eben diesem Grunde nicht mehr zurückverwandeln lassen wollte.

leib-seelischen Harmonie, ist mit der funktionellen Intaktheit eng verkoppelt und bei der Frau viel leichter zu stören als beim Manne (die Frigidität ist deshalb viel häufiger als z. B. die Impotenz).

2. Der Erlebnis- und Bedeutungsgehalt des Coitus sind bei Mann und Frau verschieden. Die Bereitschaft zum Geschlechtsverkehr ist bei der Frau häufiger mit Liebe und Zuneigung verbunden als beim Mann. Überhaupt erfordert das Erlangen von Satisfaktion und sexueller Reife bei der Frau eine längere Erfahrung.

3. Das Selbstwertgefühl der Frau wird durch Störungen in der Sexualität im allgemeinen weniger beeinträchtigt als dasjenige des Mannes (z. B. im Falle seiner Impotenz, die allerdings der Frigidität keineswegs gleichgesetzt werden kann).

Die Aetiologie der Frigidität

Wie schon erwähnt, wird die aetiologische Abklärung sekundärer Frigidität meist weniger Schwierigkeiten bereiten. Wir beschränken uns hier deshalb auf die primäre Frigidität. Die in der Literatur häufig vollzogene apodiktische Trennung in psychisch oder somatisch bedingte Frigidität erscheint uns unrichtig. Psyche und Soma sollten gerade im Falle der Frigidität als ein unteilbares Ganzes angesehen werden. Deshalb ziehen wir es vor, von v o r w i e g e n d psychisch oder somatisch bedingter Frigidität zu sprechen; im Einzelfalle sollten jeweils seelische und körperliche Einflüsse in ihrer Bedeutung gegeneinander abgewogen werden.

a) Somatische Fakoren

Ein Überwiegen somatischer Faktoren liegt bei vielen körperlichen und seelischen Krankheiten vor. Wir sprechen in diesem Falle von symptomatischer Frigidität, zum Beispiel bei genitalen, Stoffwechsel-, Leber- und Nervenerkrankungen sowie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch. Bei Psychosen, vor allem bei Schizophrenien und endogenen Depressionen, kann Frigidität als Prodromalsymptom beobachtet werden. Die meisten

Autoren sind allerdings der Auffassung, daß bei diesen Krankheiten die Libido stärker als die Erlebnisfähigkeit beeinflußt wird. (Umgekehrt ist bei Neurosen häufig die Libido ohne entsprechende Erlebnisfähigkeit gesteigert.)

Über die Bedeutung der Hormone und des vegetativen Nervensystems bei Frigidität bestehen viele Untersuchungen; neuere Arbeiten (z. B. HOHLWEG) befassen sich namentlich mit der Frage eines Sexual- und Erotisierungszentrums im Gehirn und mit dem Einfluß von Hirntumoren auf die menschliche Sexualität. Gerade im Falle von Tumoren hat es sich gezeigt, daß der Mensch immer in seiner Gesamtheit reagiert und die individuellen Reaktionsmöglichkeiten erst gegen Krankheitsende hin aufhören.

b) Psychische Faktoren

Die Rolle der Sexualität inbezug auf die Gesamtpersönlichkeit ist bei jedem Individuum verschieden. Sie kann bald eine zentrale, dominierende, bald eine unwesentliche, periphere Stellung einnehmen.

Die Sexualität selbst ist ein ursprünglich nicht dem Bereiche des Geistigen angehörendes biologisches Phaenomen. Sie ist weitgehend ein unspezifisches, nicht mehr instinktgebundenes Grundbedürfnis des Menschen, das der kulturellen und teilweise auch familiären Regelung bedarf. Vor allem die Kultur normiert die Beziehung zwischen Geist und Sexualität und setzt damit die Werte, die der Sexualität im Geistesleben zukommen. Aber schon im Tierreich, obwohl dort instinktgesichert und nicht dauernd aktuell - also noch von Brunstzeiten weitgehend abhängig - , ist die Sexualität bei höheren Formen immer mit einem reichen Sozialleben verbunden.

Im Gegensatz zum Tier kann der Mensch das sinnliche Lustgefühl vom biologischen Paarungszweck trennen, d.h. die Lustbefriedigung von der Arterhaltung. Unser Sexualtrieb ist von seinem ursprünglichen Ziel und Zweck entfremdbar; er bedürfte somit einer Wegweisung, doch entbehrt er dieser häufig.

Der Mensch hat die Möglichkeit, seine Sexualität selbst zu gestalten, d.h. auszuleben oder zu unterdrücken, darauf zu verzichten, nur zur Lust zu gebrauchen oder in ein Wertsystem einzubauen, wie dies in verschiedenen Religionen geschehen ist. Besonders verwickelt erscheinen uns die Zusammenhänge zwischen Sexualität und Liebe. Bildhaft kann angenommen werden, daß die Liebe den Raum darstellt, in dem sich die Sexualität entfaltet und abspielt; doch können geistige Liebe und sexueller Trieb vollkommen voneinander getrennt sein (Extrembeispiele: Dirne-Nonne, Troubadours etc.). Aus diesen Gründen teilen wir die Ansicht derjenigen Autoren nicht, welche die Frigidität ausschließlich mit mangelnder Liebesfähigkeit erklären und eine frigide Ehe einer der Liebe entbehrenden gleichsetzen. Andererseits erachten wir es als ebenso einseitig, die Frigidität nur vom Standpunkt der fehlerhaften "Technik" des Geschlechtsaktes oder falschen Partnerschaft aus zu erklären.

Nach diesem mehr allgemeinen Exkurs sollen in der Folge die wichtigsten seelischen Ursachen der Frigidität kurz angeführt werden:

a) sexuelle Traumata

b) prüde, die Sexualität ablehnende Erziehung

c) negative Elternbilder verhindern Entfaltung der eigenen Sexualität (vor allem Ablehnung der Mutter oder nicht lösbare Inzestbindung an Vater)

d) Onanie, weil
   1. die Erwartungshaltung beim Coitus verstärkt wird,
   2. der vaginale Coitus zu Beginn immer weniger lustvoll ist als eine clitoridale Reizung,
   3. Schuldgefühle, die bei der Masturbation auftraten, später allem Sexuellen gegenüber persistieren können.

e) mangelndes Selbstwertgefühl, Selbstunsicherheit

f) Infantilität

g) allzu mütterlicher Frauentyp einerseits und asketischer, maskuliner, die Weiblichkeit ablehnender Frauentyp andererseits

h) viele Gründe, welche zu Neurosen führen (es wurde festgestellt, daß fast alle schweren Neurotikerinnen frigid sind; dies stimmt auch mit unseren Erfahrungen überein, dagegen nicht die Behauptung, daß die meisten frigiden Frauen Neurotikerinnen seien).

Von psychoanalytischer Seite wurden einige, für die Frigidität angeblich typische Charakterstrukturen herausgearbeitet, die uns aber wenig spezifisch erscheinen:

z. B. übergehorsame Dulderin
innerlich leere, erlebnisunfähige Frauen
unsicher-ängstlich-sensible Frauen
hysterische, sich in den Mittelpunkt stellende Frauen
infantil-narzistische Frauen
passiv-masochistische Frauen
maskuline, aktive, draufgängerische Frauen etc.

Die Psychoanalyse beschreibt hauptsächlich 2 Konfliktquellen:

1. Entwicklungskonflikte, die auf die Bisexualität der Frau zurückzuführen sind

2. Konflikte, die im primären Masochismus der Frau wurzeln.

Neben dieser problematischen Vielfalt von psychisch bedingten Möglichkeiten sei noch auf zwei Faktoren hingewiesen:

c) Die Veranlagung

Hier ist als Grund zur Frigidität vor allem die Hypolibidimie als anlagemäßig bedingte Triebschwäche zu erwähnen. Auch die angeborene Homosexualität sowie andere qualitative Veränderungen des Sexualtriebes (Perversionen) können zur Frigidität Anlaß geben; insbesondere die latente Homophilie ist dazu eine häufige Ursache (GIESE). Weniger differenzierte und schwachsinnige Frauen sind infolge der mangelnden Entwicklung der höheren Persönlichkeitsschichten triebhaften Einflüssen stärker ausgesetzt; häufig ist dagegen die Erlebnisfähigkeit und damit die Möglichkeit zur Satisfaktion ungenügend entwickelt.

Gesamthaft gesehen ist bei der Entstehung der Frigidität die Veranlagung, die das Trieb-, Affekt- und Willensleben sowie Intelligenz betreffen kann, oft von großer Bedeutung.

d) Der Einfluß der Kultur

Frigidität galt in gewissen Kulturen (z. B. im viktorianischen Zeitalter) als Norm, evtl. sogar als weibliche Tugend. Was also als weiblich zu gelte

hat und wie sich die Frau in ihrer Sexualität und gegenüber dem Geschlechtstrieb verhalten soll, wird weitgehend durch die Kultur bestimmt. Heute, wo das Zeitalter des Patriarchates mit der Unterordnung des Weiblichen abgelöst wird von einer Epoche der Gleichberechtigung von Mann und Frau, bestehen andere Normen und Ideale der Weiblichkeit.

Andererseits wird durch die heutige Überbewertung des Symptomes bei der Frau während des Geschlechtsverkehrs eine Erwartungshaltung gefördert: sie erwartet und sucht als Zeichen der psychosexuellen Reife und Gleichheit mit dem Mann einen Orgasmus. Oft geschieht dies schon in einem Alter, wo die Reifung und damit die Möglichkeit der "Wir"-Bildung noch nicht genügend fortgeschritten sind.

Die Kultur prägt und normiert großenteils unser Verhalten und setzt damit die Konflikte auch inbezug auf die Sexualität.

Auch der Leidensdruck - in unserem Fall derjenige der Frigidität - ist somit weitgehend von der jeweiligen Kultur abhängig. Vor 60 Jahren hätten wohl wenige Frauen unter diesem Symptom gelitten, ja vielleicht hätten sogar einige wegen eines Orgasmus den Arzt aufgesucht. Die Gesellschaft und ihre Kultur machen aus dem Symptom der Frigidität etwas Positives oder Negatives und bestimmen dessen Bedeutung.

Die Ergebnisse unserer eigenen Untersuchung

Wie nach dem bisher Gesagten zu erwarten war, fand sich auch bei unseren Patientinnen die ganze Vielfalt der aetiologischen Möglichkeiten. Es ist selbstverständlich sehr schwierig, den Einfluß dieser Faktoren genauer zu bestimmen. Die Bedeutung der Satisfaktion, welche ein rein subjektives Gefühl ist, aber auch die der individuell sehr variablen Libido oder Liebesfähigkeit zu ermessen, ist nicht möglich. Dies gilt auch für die Beurteilung des Einflusses von Umweltfaktoren und Anlage. KURT SCHNEIDER äußert sich dazu wie folgt: "Das Trennen von Anlage und Erlebnisreaktivem (Umwelt) ist nur eine Denkmöglichkeit, der eine unmittelbare Wirklichkeit nicht zukommt".

Trotz dieser Bedenken und möglichen Einwände versuchten wir, die verschiedenen an der Entstehung der Frigidität beteiligten Einflüsse gegeneinander abzuwägen, und kamen dabei zu folgender Gliederung:

1. Sekundäre Frigidität (Pat. 1 - 4)

Die vier sehr typischen Fälle sekundärer Frigidität geben uns einen kleinen Ausschnitt aus der Mannigfaltigkeit, wie die Erlebnisfähigkeit der Frau in coitu beeinflußt werden kann. Sie beweisen auch, wie leicht sexuelle Funktionen bei der Frau gestört werden können. Diese Patientinnen, die früher voll erlebnisfähig waren, leiden meist unter ihrer Symptomatik und werden deshalb auch eher eine Therapie wünschen.

Falls es sich nicht um körperlich bedingte Frigidität handelt, liegen meist bewußte Konflikte oder traumatisierende aktuelle Situationen vor. Durch Aufklärung, verstehendes und aufdeckendes Gespräch oder Sanierung ungünstiger Verhältnisse läßt sich die Symptomatik meist beeinflussen oder beheben.

Wie nach den bisherigen Ausführungen zu erwarten war, beobachteten wir bei unseren vier Patientinnen mit sekundärer Frigidität völlig verschiedene Persönlichkeitsstrukturen mit ebenso divergenten Biographien.

Als Ursache fanden wir bei der ersten Pat. einen Ehebruch des Gatten; bei der dritten trat eine Frigidität nach der Geburt eines herzkranken Kindes auf, diese verschwand nach Durchführung einer Sterilisation prompt. Die Pat. 2 möchten wir ausführlicher darstellen:

Frau We., 1925

Die Pat. suchte die gynaekologische Poliklinik auf wegen nicht genau lokalisierbarer Schmerzen im Unterleib. Seit diesen Schmerzen empfinde die Pat. auch Ekel vor dem Geschlechtsverkehr und sogar vor Annäherungen des Mannes. Deshalb überwies sie der Gynaekologe zur weiteren Untersuchung an uns.

Genitalstatus o.B.; mäßige Dysmenorrhoe seit der Menarche im 13. Lebensjahr. Andere Beschwerden: Kreuzschmerzen, vor allem während der Periode, prämenstruelles Syndrom mit viertägigen depressiven Verstimmungen, Gewichtszunahme, erhöhter Reizbarkeit und Ermüdbarkeit.

Die Pat. ist in Deutschland aufgewachsen, erlebte die Kriegsjahre in Ludwigshafen. Sie hatte keine schweren Kriegs- oder Nachkriegserlebnisse. Nach 9 Jahren Schule arbeitete die Pat. 2 Jahre in verschiedenen Fabriken und seit 1947 in der Schweiz, wo sie 1950 ihren Ehemann kennenlernte und nach 6 Monaten Bekanntschaft heiratete. 1 Jahr später Geburt ihres einzigen Kindes. Aus finanziellen Gründen wünschten die beiden Ehegatten keine weiteren Kinder.

Die 36-jährige Athletika wirkte psychisch unauffällig, und auch die innere Anamnese und Entwicklung der Pat. wies keine Besonderheiten auf. Mit den Eltern verband sie keine intensivere Beziehung, sie schildert deren Ehe als unglücklich, den Vater als explosiv und eigenbrötlerisch, die Mutter als schwatzhaft und eifersüchtig. In der Ehe dominierte der Vater, den die Pat. der Mutter vorzog. Sie war Einzelkind und empfand die Erziehung als nachsichtig und angenehm. Die Eltern waren zur Sexualität neutral eingestellt, und sie haben ihre diesbezüglichen Fragen immer beantwortet. Die Aufklärung erfolgte durch die Mutter im 12. Lebensjahr. Ihre eigene sexuelle Entwicklung verlief normal, keine Onanie. 18-jährig erste Bekanntschaft mit einem Cousin mit befriedigendem erstem Geschlechtsverkehr. Ihre Ehe schildert die Pat. als gut, es komme selten zu Streitigkeiten mit dem Ehemann und sie fühle sich von diesem verstanden. Die Pat. wurde vor 6 Monaten vom Ehemann aufgefordert, wieder in einer Fabrik zu arbeiten, damit ein Auto angeschafft werden könne. Seit 5 Monaten arbeitet sie nun in jenem Betrieb, und seither bestehen die genannten Beschwerden. Sie fühlt sich dadurch überarbeitet und hat auch ein schlechtes Gewissen, weil sie das Kind oft allein lassen muß. Aber da der Ehemann ein Auto wolle, könne sie nicht Spielverderber sein. Die Pat. glaubt zwar nicht, daß dies der Grund für die Schwierigkeiten beim sie früher völlig zufriedenstellenden Geschlechtsverkehr sei. Heute nun empfindet sie schon die Annäherungs- und Zärtlichkeitsversuche durch den Ehemann unangenehm. Mit der Pat. wird die Situation eingehend durchbesprochen, und sie erkennt ihre negativen Gefühle gegen den Ehemann.

Katamnese nach 6 Wochen: Die Frigidität sei verschwunden, nachdem sich die Pat. wieder anders zum Ehemann einstellen konnte.

Zusammengefaßt: Sekundäre, totale Frigidität, die infolge einer durch den Ehemann erzwungenen Wiederaufnahme ihrer früheren Arbeit bedingt war. Dies führte bei der psychisch unauffälligen Athletika zu unbewußten Aggressionen gegen den Mann und zur Überarbeitung.

Die letzte der 4 Patientinnen konnte nicht genau angeben, ob die Frigidität als Folge ihrer unglücklichen Ehe anzusehen war oder erst nach dem Medikamentenabusus aufgetreten war.

2. Primäre Frigidität (Pat. 5 - 21)

a) Überwiegend psychisch bedingt

Bei den Fällen 5 - 8 diagnostizierten wir Neurosen:
Die Sexualität ist wohl bei allen Neurotikerinnen problematisch, doch stellt sie nicht bei allen den Mittelpunkt des krankhaften Geschehens dar, wie dies bei den Hysterikerinnen FREUDS zum Beispiel der Fall war.

Die Bedeutung der bei diesen Patientinnen ja vorwiegend psychisch bedingten Frigiditätsursachen läßt sich erst nach längerer Behandlung genauer ermessen. Bei einer Patientin (Fall 6), welche wir psychoanalytisch behandeln konnten, war die Wertigkeit der Einzelfaktoren zwar besser ersichtlich, aber ebenfalls nicht genau festzulegen.

Im Szondi-Test stellten wir bei allen unseren Neurotikerinnen inzestuöse Bindungen, Aggressionsprobleme, masochistische Züge und ein orales Anklammerungsbedürfnis fest (letzteres fand sich bei 14 von 17 psychodiagnostisch untersuchten Frauen). Die Auseinandersetzung und Rivalität mit dem Manne, die ambivalente Einstellung zu dessen Attributen und Privilegien, das intellektuelle Geltungsstreben bei starker Selbstunsicherheit und die hervorragende Bedeutung der beiden Elternfiguren waren ebenfalls immer in ausgeprägtem Maße vorhanden. Unreife Sexualität und unentwickelte Weiblichkeit, häufig mit narzisstischen Zügen gekoppelt, kamen in allen Gruppen als wichtige Faktoren vor. Auch wir konnten die von anderen Autoren bei neurotischen Frigiden als charakteristisch betrachtete mangelnde Liebes- und Hingabebereitschaft feststellen. Wenn man, wie Psychoanalytiker, vorwiegend solche schwereren Neurosen behandelt, wird man leicht zum Schluß gelangen, Frigidität sei synonym mit Liebesunfähigkeit.

Die Behandlung der Neurosen wird im allgemeinen eine analytische sein. Dagegen kann das Einzelsymptom der Frigidität auch mit anderen therapeutischen Methoden behoben werden. Erfahrene Autoren wie MICHEL-WOLFROMM und ANDERSEN betonen aber, daß die Frigidität (im Gegensatz zum Vaginismus) als Einzelsymptom schwierig zu beeinflussen ist

und auf medikamentöse Behandlung ohne Psychotherapie kaum anspricht.

Als Beispiel aus dieser Gruppe sei die Pat. 8 erwähnt:

Frau B., 1933

Die Pat. kam wegen einer sekundären Amenorrhoe von 3 Monaten in die gynaekologische Poliklinik und klagte dabei über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr; sie wurde uns deshalb zugewiesen.

Genitalstatus o. B. Beschwerden: Durchfälle, Appetitstörungen und häufige Kopfschmerzen frontal. Nikotinabusus von mindestens 60 Zigaretten pro Tag. Menarche 13-jährig; Periode unregelmäßig und dysmenorrhoisch.

Tochter von Künstlerehepaar, die nach 9 Jahren Realschule mit guten Leistungen eine Lehre als Dekorateuse absolvierte; nach Lehrabschluß arbeitete sie in ihrem Beruf. Die frühkindliche Entwicklung war wenig auffällig. Die Pat. zeigte ein starkes Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnis. Sie hatte sehr abivalente Beziehungen zum sensiblen, differenzierten Vater. Dieser wurde von der Mutter abgelehnt, weil er sich mit vielen Frauen in Abenteuer einließ. Die Mutter war eine kluge, männliche, durchsetzungsfähige Kunstmalerin, welche ihr Leben auch ohne den Mann, von dem sie sich schließlich trennte, erfolgreich gestalten konnte. Die Pat. empfand die Erziehung als sehr zwiespältig und lehnte die dominierende, kühle Mutter ab. Für die Mutter galten die weiblichen Attribute (im Gegensatz zum Vater) wenig, nur Leistung und Klugheit zählten. Die Pat. (Einzelkind) wurde durch die Mutter in allen Belangen aufgeklärt. Sexuelle Erfahrungen in der Kindheit wurden vor allem in Form von "Dökterlis" und anderen Spielereien mit gleichaltrigen Mädchen und Knaben erinnert. Sonst keine sexuellen Erlebnisse, welche der Pat. Eindruck hinterließen, außer die wiederholt miterlebten außerehelichen Beziehungen des Vaters. Erlernung der Onanie durch andere Mädchen im Alter von 14 Jahren; nicht sehr häufig und ohne große Schuldgefühle betrieben. Die Pat. war den Männern gegenüber sehr auf Beachtet- und Gelobtwerden aus, sowohl in geistiger wie in körperlicher Hinsicht. Sie versuchte alle Männer zu verführen, doch kam es erst 19-jährig zum ersten Geschlechtsverkehr mit einem geliebten Mann. Sie blieb dabei vollständig gefühllos. Obwohl sie auf taktile Reize und im Vorspiel noch sexuell erregt war, erlosch nach Einführung des Gliedes jedes Gefühl. Die Pat. fürchtete sich in der Folge vor allen weiteren intimen Beziehungen. Durch starke Liebes- und Zärtlichkeitsbedürfnisse kam es aber immer wieder zu erotischen Abenteuern. Da die Pat. nur durch Masturbation zum Orgasmus gelangte, empfand sie sich als minderwertig und litt stark unter ihrer Frigidität. 1960 heiratete sie einen Graphiker, mit welchem sie anfänglich einen ziemlich befriedigenden Verkehr hatte (mit teilweise digital ausgelöstem Orgasmus). Im Laufe der Zeit trat jedoch ein Vaginismus auf. Die Pat. hat stark exhibitionistische Tendenzen; sie war sehr auffällig gekleidet und geschminkt. Die Rolle zu ihrer eigenen Weiblichkeit ist sehr ambivalent. Sie ist voller Minderwertigkeitsgefühle und spürt selbst die Unfähigkeit, sich auszuliefern oder hinzugeben, ohne sich dabei zu verlieren. Sie meint, daß die Männer

nur danach trachten, mit ihr zu schlafen, und sie nie wegen einer anderen Qualität schätzen oder bewundern würden. - Rorschach-Test: Introvertierte, phantasiereiche, differenzierte, intelligente Persönlichkeit. Selbstbehauptung erschöpft sich in trotziger Opposition. Starke Geltungstendenz, Leistungsstreben. Gestörter mitmenschlicher Kontakt. - Szondi-Test: Starkes orales Anklammerungsbedürfnis mit inzestuöser Bindung. Masochistische und aggressiv-wutgeladene Regungen, die verdrängt werden.

Zusammengefaßt: Primäre und totale Frigidität zum Teil mit Vaginismus bei Neurotikerin. Versuche mit Hormoninjektionen und Dilatation durch den Frauenarzt blieben erfolglos.

Bei den Patientinnen 9 - 12 stellten wir die Diagnose einer einfachen abnormen seelischen Entwicklung:
Obwohl bei dieser Gruppe konstitutionellen Faktoren eine wesentlichere Bedeutung zukam als bei den Neurosen, hatten wir den Eindruck, daß reaktive Momente doch eindeutig überwogen. Alle vier Patientinnen schilderten sehr eindrücklich ihre unglückliche Jugendzeit und andere traumatisierende Erfahrungen, die aber keinen Anlaß zur Entwicklung einer eigentlichen Neurose gegeben haben.

Zwei Patientinnen waren unehelich geboren und durch Pflegeeltern großgezogen worden, bei denen sie sich nie geborgen und angenommen fühlten. Bei der einen wirkten sich zusätzlich die streng puritanische Erziehung, die häufige Onanie und die Angst, unstet und unseriös wie ihre Mutter zu werden, ungünstig aus. Die andere Patientin entfloh durch möglichst frühzeitige Heirat den Pflegeeltern. Später litt sie unter der Angst, ihr Kind werde das gleiche unglückliche Schicksal in seiner Kindheit erleiden, wie das bei ihr selbst der Fall gewesen ist. Bei der dritten Patientin (Pat. 11) dürfte der Vater, ein jähzorniger, die Familie vernachlässigender Alkoholiker, eine wesentliche Rolle gespielt haben. Die Pat. 12, welche vergewaltigt worden war, heiratete aus Angst einen ihr wesensfremden, groben Partner.

Ähnliche Lebensgeschichten fanden sich teilweise auch bei den anderen Patientinnen, doch waren deren Grundstruktur, Konstitution und Libido anders geartet.

Die unglückliche Jugendzeit und das Stuprum bei Pat. 12 konnten also nur deshalb Schaden stiften, weil sie bei ihr auf eine ungünstige Anlage gestoßen sind und zudem durch sie selbst und ihre Umgebung ungünstig verarbeitet worden sind.

Die Problematik dieser Patientengruppe ist derjenigen der Neurosen nicht unähnlich, aber weniger ausgeprägt und auch deutlich bewußter (oberflächennäher). Dementsprechend äußerten die Patientinnen sich über ihre Schwierigkeiten und erkannten deren Ursachen. Die Prognose ist aus diesen Gründen als günstig zu beurteilen.

Das Beispiel der letzten Patientin dieser Gruppe leitet über zum Fall der Pat. 13, wo eine weitgehend partnerabhängige Frigidität vorliegt. Hier zeigt sich besonders deutlich die entscheidende Bedeutung des Partners: die Erfahrungen einer Frau mit ihm und ihre Einstellung zu ihm spielen eine hervorragende Rolle. Obwohl die Patientin heute nicht mehr frigid ist, wollen wir ihren Fall etwas ausführlicher darstellen:

Frau Kö., 1922

Die Pat. kam in die psychiatrische Poliklinik, um sich wegen einer fraglichen Ehescheidung beraten zu lassen.

Der von Gynaekologen durchgeführte Status ergab einen normalen Befund. Menarche 12-jährig, Periode regelmäßig. Die Pat. klagte über Magenblähungen und -brennen, Appetitstörungen und chronische Obstipation.

Kurzer Lebenslauf: Die Mutter der Pat. starb an ihrer Geburt. Dies wurde ihr vom Vater immer wieder vorgeworfen. Sie fühlte sich (deshalb?) ihren drei Geschwistern gegenüber zurückgesetzt und litt schon als Kind an Dunkelangst und Minderwertigkeitsgefühlen. Sie war schüchtern und gehemmt und hatte auch Mühe im Kontakt mit Gleichaltrigen. Immer Tendenz zu Überkompensation. Sie wollte nach 9 Jahren Schule Haushaltungslehrerin werden, was vom Vater nicht erlaubt wurde, so daß sie eine Verkäuferinnenlehre absolvierte. 18-jährig geschwängert, ging sie mit einem ungeliebten Mann eine Mußehe ein. Die Pat. war von Anfang an frigid, empfand aber den Coitus nicht als abstoßend. Die Aufklärung erfolgte in der Schule, und die ersten intimen Beziehungen erlebte sie mit ihrem Ehemann. Vorher reges Interesse für andere Männer ohne intimen Verkehr. Die Pat. lehnte in der Folge ihren Mann immer mehr ab, empfand ihn als Duckmäuser, durchsetzungsschwach, unehrlich und primitiv. 1956 außereheliche Beziehung mit einem jungen Burschen, mit dem sie erstmals einen Orgasmus erlebte, ohne völlige Befriedigung. Diese Beziehung brach sie nach kurzer Dauer ab. 1959 neue Freundschaft und erstmals richtiges Liebesgefühl für

einen Mann. Sie fühlte sich sexuell völlig befriedigt und hatte den Eindruck, ein anderer Mensch zu sein. Auch die körperlichen Beschwerden verschwanden damals fast völlig. Im Szondi-Test zeigt die Pat. gestaute Zärtlichkeitsbedürfnisse und stark aggressive Regungen. Daneben Angst und Schuldgefühle und die Neigung, ihre Weiblichkeit zu verdrängen. Hysterische destruktive Tendenzen.

Zusammengefaßt: Psychisch wenig auffällige Pat., welche unter der sehr schlechten Vaterbeziehung litt. Frühe Lösung von zu Hause und Mußehe mit knapp 18 Jahren. Abneigung gegen den Partner. Erst bei einem erstmaligen außerehelichen Verhältnis erlebte sie einen nicht ganz befriedigenden Coitus, aber mit Orgasmus. Seit 2 Jahren Freundschaft mit einem anderen Mann und dabei völlig befriedigender Geschlechtsverkehr. Im Verlaufe eines Partnerwechsels verschwundene Frigidität.

Ob bei der Pat. 14 die Frigidität durch eine latente Homosexualität bedingt war, konnten wir nicht mit Sicherheit entscheiden. Jedenfalls schienen uns auch das Lebensschicksal und der wenig adäquate Partner (der im Gespräch mit uns den Schilderungen der Patientin entsprach) für die Entstehung der Frigidität verantwortlich zu sein. Falls wir die Hauptursache in den homosexuellen Tendenzen erblicken, könnten wir diese Patientin auch zu unserer letzten Gruppe zählen.

b) Vorwiegend anlagebedingte Faktoren (Pat. 15 - 21)

KURT SCHNEIDER meint zum Problem der "ungünstigen Ausgangslage", des Abnormen: "Abnorme Persönlichkeiten sind angeborene, meist wohl angelegte Varianten, jedoch weitgehend veränderbar durch Entwicklung und Einwirkung von Erlebnissen, Schicksalen im weitesten Sinn. Auch ist Psychopathie weder eine Krankheit noch eine Diagnose." Es gibt sicherlich Starres, Unflexibles, genetisch Festgelegtes, aber in keinem Menschen nur Unabänderliches. So müssen wir auch in der Therapie danach streben, das Unabänderliche zu ertragen helfen und das Abänderliche zu verändern.

Die Patientinnen dieser Untergruppe haben wir unter dem Gesichtspunkt des möglichen Zusammenfallens exogener und endogener Faktoren auf folgende Punkte hin untersucht:

Pat.	Libido	Konstitution u. körperliche Verfassung (endogen)	Biographische Faktoren (exogen)	Äußere Lebenssituation (inkl. Verhältnis zum Partner)	Prognose
15	schwach	sehr stark	stark	rel. günstig	ungünstig
16	schwach	stark	stark	rel. günstig	fraglich
17	mittel	sehr stark	sehr stark	rel. günstig	fraglich
18	schwach	sehr stark	stark	ungünstig	ungünstig
19	schwach	stark	stark	ungünstig	ungünstig
20	schwach	stark	mittel	ungünstig	ungünstig
21	schwach (fehlend)	stark	stark	rel. günstig	ungünstig

Bei allen diesen Fällen gewannen wir den Eindruck, daß die anlagebedingten Faktoren eine dominierende Rolle bei der Genese der Frigidität ausübten; immerhin darf auch bei dieser Konstellation - gerade in prognostischer Hinsicht - das Verhältnis zum ehelichen Partner in seiner Bedeutung nicht unterschätzt werden.

Die meisten Patientinnen weisen eine schwache Libido, mangelnde Erlebnis- und affektive Modulationsfähigkeit sowie meist eine unterdurchschnittliche Intelligenz aus. Dazu kommt häufig eine ausgesprochene körperliche Asthenie. Alle wirkten wenig reif und schienen ihre sexuellen Probleme, vor allem auch ihre Frigidität, zu bagatellisieren.

Therapeutisch kann bei dieser Gruppe am ehesten eine Hormonbehandlung, in Verbindung mit einem aufklärenden psychotherapeutischen Gespräch, zum Erfolg führen.

Als Beispiel dieser Gruppe Pat. 18:

Frau Je., 1931

Die Pat. suchte wegen starker Unterleibsbeschwerden mehrmals einen Gynaekologen auf, der nach einer Probelaparotomie schließlich die Frage der Sterilisation aufwarf und uns deshalb zuzog. Die Beschwerden waren

im Anschluß an eine vierte, sehr schwere Geburt aufgetreten. Gynaekologisch fanden sich sowohl bei der Probelaparotomie als auch bei der neuesten Untersuchung außer druckempfindlichen Ligamenten keine pathologischen Befunde. Menarche 13-jährig, Periode unregelmäßig, ohne Schmerzen. Drei komplikationslose Geburten, vierte Geburt mit Dammriß dritten Grades vor 1 1/2 Jahren. Seither wechselnde Unterleibsbeschwerden, vor allem nach der Menses, sowie starke Kohabitationsschmerzen. Dazu traten Einschlafstörungen und Kompfschmerzen.

Lebenslauf: Aus unbelasteter Familie stammende Asthenika. Sie war das älteste von 6 Geschwistern und schon als Kind sehr ängstlich und unsicher. Sie wurde von den religiösen Eltern sehr streng erzogen. Der Vater war grob, brutal, kalt und herrschsüchtig und vor allem der arbeitsamen, stillen Mutter gegenüber sehr unfreundlich. Die Pat. getraut sich kaum, ihre Eltern in negativem Licht zu schildern. Noch heute ist die Pat. ängstlich und schließt sich nachts, wenn der Ehemann nicht zu Hause sei, ein. Sie fürchtet sich vor der Dunkelheit, vor allen Männern, die ihr entgegenspazieren, und auch vor Tieren, vor allem Mäusen. Die Pat. negiert frühe sexuelle Erlebnisse. Sie wurde durch die die Sexualität völlig ablehnenden Eltern nie aufgeklärt und betrachtete diese immer als etwas Tierisches. Sie mied Männerfreundschaften und war immer sehr zurückhaltend und scheu. 21-jährig lernte sie ihren späteren Gatten kennen. Kurz vor der Ehe 1954 kam es erstmals zu intimen Beziehungen; sie empfand diese unangenehm und abstoßend. Die Pat., welche nach 8 Jahren Schule eine Verkäuferinnenlehre absolvierte und bis zur Verheiratung in diesem Beruf arbeitete, hatte nach der Heirat von 1955 - 1959 vier Geburten, die sie stark schwächten. Die Ehe mit dem Mann sei glücklich und ohne Streitigkeiten. Die anfänglichen sexuellen Schwierigkeiten beim Verkehr besserten, ohne für sie je befriedigend zu werden, sich. - Im Szondi-Test Stauung von Zärtlichkeitsbedürfnissen. Introvertierte, scheue, sensitive, ängstliche, hingabeunfähige Pat., welche sich durch Verzicht anzupassen versucht. Verdrängt ihre Aggressionen. Unentschiedenes Kontaktbild. Auch im Rorschach-Test tiefgehende Libido- und Gefühlsverdrängung, eingeschränkter und koartierter Erlebnistypus. Affektiv verarmte, infantile Persönlichkeit.

Zusammengefaßt: Kontaktschwache, wenig differenzierte, hingabeunfähige, infantile Asthenika. Sexuell stark gehemmte, triebschwache Pat. Seit Anfang der intimen Beziehungen partielle und primäre Frigidität, welche sich nach einer schweren Geburt in eine totale verwandelte, zu der sich starke Kohabitationsbeschwerden gesellten.

Weder im Szondi- noch im Rorschach-Test zeigten sich Auffälligkeiten von spezifischem Gepräge; selbst die charakterlichen Strukturen der untersuchten Patientinnen erwiesen sich als wenig einheitlich. Immerhin ist es bemerkenswert, daß im Szondi-Test in allen Gruppen eine Tendenz zu oraler Fixation und inzestuösen Bindungen (in 14 von 17 Protokollen) nachweisen

ließ. 12-mal fand sich gesteigerte Aggression, die allerdings gegen außen hin als gehemmt oder gegen das betreffende Individuum selbst gerichtet sein konnte.

An Hand dieser in verschiedenen Gruppen eingeteilten Krankheitsfälle können wir uns über die unserer Arbeit zu Grunde liegende Problemstellung zusammengefaßt wie folgt äußern: Frigidität ist unserer Meinung nach der Zustand mangelnder Satisfaktion während und nach dem Coitus und kann selbst dann vorhanden sein, wenn ein Orgasmus eintrat. Die Begriffe Orgasmus und Frigidität sind also nicht identisch. Die Aetiologie des Symptomes "Frigidität" ist multifaktoriell; dabei spielen seelische Einflüsse, wie das auch unsere, zwar zahlenmäßig beschränkte, Untersuchung zeigt, eine bedeutende Rolle.

Zur Beurteilung der Frigidität ist jeweils eine umfassende körperliche und psychische Untersuchung nötig. Die Bedeutung der Biographie und der verschiedenartigen Konfliktsituationen kann nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung aller Faktoren gewürdigt werden. In unserem Krankengut fanden sich keine charakteristischen Persönlichkeitsstrukturen und keine deutliche Signifikanz gleichartiger psychischer Problematik. Bei den von uns festgestellten Ursachen der Frigidität handelte es sich bald um Konfliktsituationen und andere seelische Traumata, welche zu einfachen abnormen Entwicklungen oder Neurosen führten, bald um anlagebedingte Faktoren wie Hypolibidimie oder Homosexualität.

Vor allem bei den Patientinnen mit einer Frigidität auf Grund einer abnormen seelischen Entwicklung beobachteten wir häufig eine persistierende Inzestbindung und orale Fixation (was die Bedeutung der Eltern aufweist) sowie eine Neigung zu aggressiv-sadistischem oder masochistischem Verhalten. Die Einstellung zur eigenen Weiblichkeit war durchgehend in allen Gruppen, die Liebes- und Hingabefähigkeit vor allem bei den Neurotikerinnen gestört. Eine besondere Bedeutung erhält bei jeder Patientin die Beziehung zum Partner. Bei der sekundären Frigidität stehen häufig situationsbedingte Schwierigkeiten im Vordergrund.

Eine Therapie der Frigidität kann erst nach eingehender Abklärung erfolgen und muß sich nach den erhobenen Befunden richten:

Bei Neurosen wird, falls man nicht nur das Symptom der Frigidität isoliert beseitigen will, eine psychoanalytische Therapie indiziert sein. Bei den einfachen abnormen seelischen Entwicklungen und der sekundären Frigidität kommt eine psychagogische, aufhellende oder suggestive Therapie sowie die Sanierung der Verhältnisse in Frage.

Bei den vorwiegend konstitutionell bedingten Formen erwies sich die Hormontherapie als günstig; nach der Literatur (ANDERSEN, MICHEL-WOLFROMM etc.) ist sie aber erfolgreicher, wenn sie mit einem aufklärenden, erhellenden Gespräch verbunden ist.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir unterzogen 21, jeweils durch einen Gynaekologen voruntersuchte Patientinnen einer eingehenden tiefenpsychologisch orientierten Exploration. Zuerst werden die mit unserer Fragestellung verbundenen Schwierigkeiten einer kurzen Betrachtung unterzogen. Darauf folgt die genaue Beschreibung des Untersuchungsganges. Sodann diskutieren wir die Begriffe Frigidität und Orgasmus, interpretieren die Ansichten anderer Autoren und erläutern unsere eigene Definition: Wir verstehen unter Frigidität die mangelnde Befriedigung beim Coitus. Wir unterscheiden folgende Formen der Frigidität: die primäre Frigidität, bei welcher bisher nie ein befriedigender Coitus erlebt wurde, und die sekundäre Frigidität, bei der die primär vorhandene Satisfaktion später wieder verschwindet. Die symptomatische Frigidität ist durch körperliche Erkrankungen bedingt.

Bei der aetiologischen Einteilung der Frigidität unterschieden wir somatische, psychische, anlagebedingte und kulturelle Ursachen. Zuletzt legen wir die Ergebnisse unserer eigenen Untersuchungen vor, die sich auf

4 Fälle mit sekundärer und 17 mit primärer Frigidität erstreckt. Unter den letzteren diagnostisierten wir vorwiegend psychisch bedingte Formen (4 Neurosen, 4 einfache abnorme seelische Entwicklungen und 1 partnerbedingte Frigidität). Bei 7 Patientinnen überwogen konstitutionell bedingte Faktoren; in 1 weiteren Fall spielte eine in ihrer Genese nicht genau abgeklärte latente Homosexualität die Hauptursache.

Abschließend versuchten wir, die Frage nach charakteristischen Zügen der seelischen Einflüsse bei Frigidität zu beantworten.

LITERATURVERZEICHNIS

In der Arbeit zitierte Literatur

ACTON, P.:	zit. bei ROHLEDER
ADLER, O.:	Die mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes, Berlin 1919
ANDERSEN, A.P.:	Perandren in der Behandlung der Frigidität, Geburtsh. und Frauenhk. 18, 1958
BENEDEK Th.:	Sex. functions and their disturbances, in: Alexander: Psychosom. Med., 1950 (deutsch: Berlin 1951)
BEYME, F.:	Der Traum von der Todeshochzeit und die Frigidität im Lichte der Forschungen von C.G. Jung und E. Neumann, unveröffentlichte Arbeit
BONAPARTE, M.:	Female sexuality, London 1953
DEUTSCH, H.:	Psychologie der Frau, Bern 1948
FEHLING:	zit. bei OFFERGELD
FISHER, B.:	in: Giese und Willy: Mensch, Geschlecht und Gesellschaft, Frankfurt 1954
FREUD, S.:	Gesammelte Werke, Frankfurt 1948-1960
FRIEDEBURG von L.:	Die Umfrage in der Intimsphäre, Stuttgart 1953
FÜRBRINGER, P.:	Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes, Wien 1895
GEBSATTEL von V.E.:	in: Giese u.a.: Die Sexualität des Menschen, Stuttgart 1955
GIESE,H. u.a.:	Die Sexualität des Menschen, Stuttgart 1955
GIESE, H. und V.E. von GEBSATTEL:	Psychopathologie der Sexualität, Stuttgart 1959/60
GIESE, H. und A. WILLY:	Mensch, Geschlecht und Gesellschaft, Frankfurt 1954

HITSCHMANN, E. und E. BERGLER:	Die Geschlechtskälte der Frau, Wien 1934
HOHLWEG, W. et al.:	Über Libido- und Potenzsteigerung durch kombinierte Testosteron-Choriongonadotropinbehandlung, Med. Klin. 1, 1958
KAFKA, V.:	Sexualpathologie, Leipzig 1932
KEHRER, E.:	Endokrinologie für den Frauenarzt, Stuttgart 1937
KINSEY, A.C. und Mitarbeiter:	Das sexuelle Verhalten der Frau, Berlin 1954
KLEINSORGE, H. und G. KLUMBIES:	Psychotherapie in Klinik und Praxis, München 1959
KRAFFT-EBING von R.:	Psychopathia sexualis 4. Aufl., Stuttgart 1889
KRONFELD, A.:	Sexualpsychopathologie, Leipzig 1923
LÖWENFELD, L.:	Über sexuelle Konstitution und andere Sexualprobleme, Wiesbaden 1911
LOMBROSO, C.:	Das Weib als Verbrecherin und Prostituierte, Hamburg 1894
MATUSSEK, P.:	Funktionelle Sexualstörungen, in: Giese: Die Sexualität des Menschen, Stuttgart 1955
MATUSSEK, P.:	Funktion und Erleben bei Potenzstörungen, Z. psychosom. Med. 2, 1955/56
MATUSSEK, P.:	Störungen des Sexuallebens, in: Frankl-Gebsattel-Schultz: Hb. d. Neurosenlehre und Psychoth., München 1959
MENNINGER, K.A.:	Impotence and frigidity (man against himself), New York 1938
MICHEL-WOLFROMM, H.:	Gynaekologie und Psychotherapie, Vorträge der 6. Lindauer Psychotherapiewoche, Stuttgart 1955
MOLL, A.:	Handbuch der Sexualwissenschaften, Leipzig 1912

OFFERGELD, H.: Einfluß des Geschlechtsverkehrs auf das Befinden der Frau, Stuttgart 1929

ROHLEDER, H.: Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe, Leipzig 1914

SADGER, J.: Psychopathia sexualis, Wien 1921

SCHNEIDER, Kurt: Der Psychopath in heutiger Sicht, Fortschr.d. Neur. und Psychiatr. 26, 1, 1958

SCHULTZ, J.H.: Fragebogen zur psychotherapeutischen Exploration, Berlin 1962

SCHULTZ, J.H.: Organstörungen und Perversionen im Liebesleben, Basel 1952

SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951

STOURZH, H.: Die Anorgasmie der Frau, Stuttgart 1961

SZONDI, L.: Triebpathologie, Bern 1952

OFFSETDRUCK
GUGEL
Würzburg, Ludwigstr. 1 b

OFFSETDRUCK
GUGEL
Würzburg, Ludwigstr. 1 b

1965